

一過性全健忘を示し拡散強調像上海馬に高信号を認めた1例 足利赤十字病院 放射線診断科

○潮田 隆一、謝 毅宏、倉沢 淳、長谷 学

症例は30歳代男性。臨床的に一過性全健忘様の症状を示し、同日施行した頭部単純CT では異常所見は認められなかった。48時間後にも記憶障害の遷延を認めたため、頭部MRIを行ったところ、右海馬に拡散強調像上小結節状の高信号（ADC 低下）を認めた。T2強調像、FLAIR では同部に異常信号は認められなかった。その後、症状はほぼ消失し、第10病日のMRI では、拡散強調像上の高信号は完全に消失していた。
近年、一過性全健忘では発症48～72時間後のMRI 拡散強調像で高率に海馬に点状～小結節状高信号が認められ、虚血を反映した所見と考えられており、疾患特異的ではないものの診断の一助となることが知られている。本例も症状、画像所見上典型例と考えられた。若干の文献的考察を加えて報告する。

フレームレスラジオサージェリーにおける位置精度 武蔵野赤十字病院 放射線科

○星 章彦、安廣 哲、鈴木 一考、山崎 幸恵、藤田 寛之、岸 靖久、一志 圭太郎、佐藤 力哉

【目的】当院では1998年から三菱ラジオサージェリーシステムで年間20～40例の主として転移性脳腫瘍の患者に定位放射線治療を行ってきた。レクセルフレームを使用したピン固定によりφ5～35mm、5mm 刻みのアプリータでMCA 法により行ってきた。このたびにニアック更新にあたり2.5mm マイクロマルチリーフのNovalis Tx を導入し、2014年6月よりピン固定によらないフレームレスラジオサージェリーシステムを採用した。ラジオサージェリー用の三層シェルを用いることで、局所麻酔で行えるとはいえ侵襲的であったピン固定を選ることができる。Novalis Tx では、赤外線およびX 線画像照合技術を用い、6軸の治療寝台で回転のずれを含めた誤差補正を行うことができるExacTrac システムにより、1mm 未満の精度が確保できる。そこで導入初期のフレームレスラジオサージェリーの位置精度につき検証した。
【方法】19 症例66 ポイントの治療につき、セットアップ時のX-ray Correction、ExacTrac による寝台誤差補正を行ったX-ray Verification、Intrafractional Motion の三つのずれをVert. Long Lat. それぞれについて計測した。
【結果】X-ray Correction ではVert.0～2.15mm、平均0.87mm、Long.0～2.93mm、平均0.90mm、Lat.0.01～4.23mm、平均1.23mm、X-ray Verification ではVert.0～0.67mm、平均0.13mm、Long.0～0.49mm、平均0.13mm、Lat.0.01～0.78mm、平均0.16mm、Intrafractional Motion はVert.0～0.86mm、平均0.19mm、Long.0～1.59mm、平均0.30mm、Lat.0～1.7mm、平均0.31mmであった。
【結語】Novalis Tx によるExacTrac システムを用いた、三層シェルによるフレームレスラジオサージェリーは安全で正確に行えることが確認できた。

0-2-09

多職種と協働した巨大進行乳癌患者への支援 唐津赤十字病院 看護部

○堤 絹枝、牧原 りつ子、百武 和子、中野 由香、園田 満里

患者は70代女性で、右乳房に小児頭大の巨大な腫瘍と浸出液・臭いがある状態で、3年間誰にも言えずに一人で抱え込まれていた。腰痛を主訴にA 病院の外来を受診され、問診時に腫瘍があることが発覚した。諸検査の結果、乳癌ステージIV で皮膚浸潤、胸椎圧迫骨折があった。Hb4.2/dl と高度な貧血を認め、緊急入院となり患者・家族の動揺は大きかった。
入院時、主治医より緩和ケアチーム、皮膚・排泄ケア認定看護師へ早期に介入を依頼された。自壊した乳房のケア、疼痛コントロール等の身体的ケア、早期に入院しなかったことへの後悔、告知後の恐怖と在宅療養への不安等に対する精神的支援、自宅退院への社会的問題に対しソーシャルワーカーや理学療法士と共に、チームで支援を行っていた。入院当初に患者カウンセリングが行われていたことで、病棟看護師だけでは早期に把握が難しい情報を得ることができ、スムーズに患者・家族の思いを把握できた。また入院時から退院を見据えて療養環境の調整を行っていたことで、5ヶ月と長期の治療には及んだがチームで継続して関ったことで、患者・家族が望む自宅退院までの支援ができた。
患者、家族の身体的・精神的・社会的問題を解決するためには、看護師だけでは困難なことも早期にチームアプローチを行い、皆で同じ目標に向かって関っていくことが効果的だった。また医療ケアが必要な患者が住みなれた自宅で自分らしく穏やかに療養生活を送るために、退院前合同カンファレンスを開催したり、社会資源を活用することが、患者・家族の不安の軽減につながった。

0-2-11

椎体の異常信号が認められた後脊髄動脈症候群の1例 秋田赤十字病院 神経内科

○三浦 隆徳、大内 東香、柴野 健、原 賢寿、石黒 英明

【症例】48歳女性
【主訴】下肢の感覚障害、対麻痺
【現病歴】突然の腰痛で発症し、臍レベル以下の感覚鈍麻、対麻痺、膀胱直腸障害のため当院救急外来を受診した。発症当日の全脊髄MRI で圧迫性脊髄疾患が除外され、脳脊髄液検査で脊髄炎が否定され、脊髄梗塞と診断した。3日間のステロイドパルス療法とヘパリン持続静注にて加療した。第11病日の全脊髄MRI でTh9から11レベルの脊髄背側左寄りにT2強調像で高信号、T1強調像で低信号、Gd 造影効果を有する病変を認め後脊髄動脈症候群と診断した。またTh12椎体後面にもGd 造影効果が確認された。入院時の歩行不能状態からリハビリにて車椅子移乗が可能となり、自排尿も可能となったため回復期リハビリ目的に第42病日に転院した。
【考察】脊髄梗塞は前脊髄動脈症候群が多数を占め、後脊髄動脈症候群は稀である。原因としては脊髄動脈自体の閉塞による場合と、脊髄外血管に原因がある場合とがある。脊髄外血管の大動脈や分節動脈に梗塞の原因がある場合には脊髄梗塞と同じ、またはそれ以下のレベルでMRI 上、椎体の異常信号を呈する場合もある。診断には急性期に異常所見を認めなくても、MRI の経時的変化を確認することが有用である。

0-2-10

単純ヘルペスウイルス肝炎により急速な転機をとった一例

熊本赤十字病院¹⁾、公立玉名中央病院 消化器内科²⁾、
山鹿市民医療センター 消化器内科³⁾、阿蘇医療センター 内科⁴⁾

○古賀 裕作¹⁾、園田 隆賀¹⁾、石田 隼一¹⁾、浦田 孝広¹⁾、池邊 賢一²⁾、瀧川 有記子³⁾、古閑 睦夫³⁾、宮本 誠¹⁾、吉本 和仁¹⁾、南 信弘¹⁾、吉岡 律子¹⁾、北田 英貴¹⁾、竹熊 与志¹⁾、福田 精二¹⁾

症例は57歳男性、生来健康であった。受診5日前より寒寒、発熱および腹痛を自覚、徐々に症状が増悪し、当院に救急搬送された。搬送時、苦悶様表情で、冷汗著明であった。腹部は硬く、臍部を中心に圧痛を認めた。血液検査では、著明な肝逸脱酵素の上昇（AST 2620 IU/L、ALT 2110 IU/L）と炎症反応の増悪（CRP 45.30 mg/dL）を認め、腹部画像検査では、脂肪肝と両側腎周囲の脂肪組織濃度上昇を認めた。
絶食、安静管理とし、補液および抗菌薬投与にて経過観察したが、全身状態は悪化し、第3病日には多臓器不全に陥り、DICの進行を認めた。呼吸状態の悪化から人工呼吸器管理を行い、血漿交換、持続血液濾過透析療法を行うも、第4病日に残念ながら永眠された。原因究明のため、病理解剖を行った所、脾臓・肺・肝臓に出血性壊死所見を認め、各組織標本で核内封入体細胞の存在を認めた。入院時のウイルス抗体検査に加え、各種ウイルス学的検査を追加した所、HSV-DNAの有意な上昇（5.0×10⁷ コピー/10⁶ cells）を認め、HSV 感染症と最終診断した。
単純ヘルペスウイルス肝炎は成人においては稀であり、急性肝不全の1% 以下とも言われるが、死亡率は高く80% 以上という報告もある。免疫不全者に多い疾患とされるが、今回のように免疫正常者でも起こりうる。特徴的な臨床所見を欠くため診断は難しいが、治療法のある疾患でもあるため、急性肝不全の患者においては、可能性の一つとして考慮する事の重要性が示唆された。単純ヘルペスウイルス肝炎の臨床所見や、診断の手がかり、治療成績等についての考察を交えながら報告する。

0-2-12

初回 MRI 拡散協調画像検査陰性の延髄梗塞の3例 さいたま赤十字病院 神経内科

○加藤 駿一、日野 秀嗣、吉弘 仁、斎藤 朋美、秋山 茂雄、久保 博正、山本 健詞

【目的】MRI 拡散協調画像（DWI）は急性期脳梗塞において高いエビデンスレベルで診断に有用とされている。我々は脳梗塞が疑われたが、初回DWI 撮像時に病巣が描出されなかった（DWI 陰性）延髄梗塞の3例を経験したため報告する。
【症例】症例1：59歳、女性。主訴は歩行困難。神経学的所見として右上下肢運動失調を認めた。発症から9.5時間後、26.8時間後の初回及び2回目ではDWI 陰性、3回目の検査で右延髄外側部に梗塞巣を確認。MRA およびBPAS より右椎骨動脈（VA）解離と診断。症例2：71歳、男性。主訴はめまいと嘔吐。右顔面の温痛覚低下、右上下肢運動失調を認めた。発症から3時間後の初回DWI は陰性、2回目の検査で右延髄外側部に梗塞巣を確認。MRA およびBPAS より右VA 解離と診断。症例3：64歳、男性。主訴は舌が左に寄る。舌の左側偏倚、左顔面と右上下肢の交差性片麻痺を認めた。発症から2時間後の初回DWI は陰性、2回目の検査で左延髄内側部に梗塞巣を確認。MRA で左VA は閉塞。
【結果】初回DWI 撮影時間は、それぞれの症例で発症から9.5時間、3時間、2時間であったが、すべてDWI 陰性であった。2例では2回目DWI で延髄に病巣を確認したが、1例は26.8時間後の2回目もDWI 陰性で最終的に3回目の撮像で病巣を確認。いずれの症例も24時間以上神経症状は持続し、初療時より脳梗塞急性期治療を行った。
【結論】初回DWI 陰性の延髄梗塞3例を報告した。2回目以降のDWI で病巣を確認したが、26.8時間後の検査でもDWI 陰性例があった。急性期脳梗塞においてDWI 陰性例は珍しくなく、後方循環系や小病巣例で多い。延髄梗塞はいずれの条件にも当てはまるため注意を要する。急性発症の神経脱落所見を認め脳梗塞が疑われるときはDWI 陰性でも初療より治療を開始するべきである。